



**UNIVERSIDADE
FEDERAL DE
SERGIPE**



**INTEGRADA
À HISTÓRIA
DE SERGIPE**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
CAMPUS PROF. ANTÔNIO GARCIA FILHO
DEPARTAMENTO DE MEDICINA DE LAGARTO**

**MARY TANIA DE MELO SILVA ALVES
THATIANA DE CASTRO ROCHA**

**PERFIL CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICO DA SÍFILIS CONGÊNITA EM
MATERNIDADE REFERÊNCIA DE SERGIPE, BRASIL**

**Lagarto – SE
2018**

**MARY TANIA DE MELO SILVA ALVES
THATIANA DE CASTRO ROCHA**

**PERFIL CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICO DA SÍFILIS CONGÊNITA EM
MATERNIDADE REFERÊNCIA DE SERGIPE, BRASIL**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Departamento de Medicina do Campus Prof. Antônio Garcia Filho da Universidade Federal de Sergipe como requisito parcial para obtenção do Bacharelado em Medicina.

Orientador: Aline de Siqueira Alves Lopes

**Lagarto – SE
2018**

**MARY TANIA DE MELO SILVA ALVES
THATIANA DE CASTRO ROCHA**

**PERFIL CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICO DA SÍFILIS CONGÊNITA EM
MATERNIDADE REFERÊNCIA DE SERGIPE, BRASIL**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Departamento de Medicina do Campus Prof. Antônio Garcia Filho da Universidade Federal de Sergipe como requisito parcial para obtenção do Bacharelado em Medicina.

Orientador(a): Aline de Siqueira Alves Lopes

Aprovado em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Orientador(a):

1º Examinador:

2º Examinador:

PARECER

AGRADECIMENTOS

Agradecemos primeiramente a Deus, por ter nos proporcionado força e sabedoria para conclusão deste projeto.

A nossa família, pelo apoio e carinho de sempre.

A nossa orientadora, prof. Aline de Siqueira, por todo conhecimento passado e dedicação, fundamentais para a construção deste trabalho.

RESUMO

Objetivo: Descrever o perfil clínico epidemiológico dos casos de sífilis congênita notificados na Maternidade Nossa Senhora de Lourdes, localizada em Aracaju/SE, no período de janeiro de 2016 a dezembro de 2017. *Métodos:* Trata-se de um estudo retrospectivo e descritivo acerca do perfil epidemiológico da sífilis congênita em Maternidade de Referência localizada em Aracaju/Sergipe. *Resultados:* Foram notificados 179 casos de sífilis congênita, no período estudado. A idade média entre as gestantes foi de 27,05 anos. Grande parte das gestantes não foram adequadamente tratadas. O tratamento utilizado 98,8% dos bebês foram as penicilinas, observamos também o uso de Ceftriaxona. Em conclusão, o número de casos de sífilis congênita ainda permanece elevado, tal fato revela falhas de diagnóstico e controle da sífilis materna, que envolve ações de educação em saúde, políticas de prevenção de infecções sexualmente transmissíveis, fortalecimento das redes de atenção e disponibilidade de tratamento.

Palavras-chave: Sífilis Congênita. Saúde Pública. Cuidado pré-natal. Vigilância Epidemiológica

ABSTRACT

Objective: The aim of this study is to describe the epidemiological clinical profile of the congenital syphilis cases that were notified at the Nossa Senhora of Lourdes Maternity, located in the city of Aracaju/Sergipe, from January 2016 to December 2017. Methods: The applied method was a retrospective and descriptive study about the congenital epidemiological profile at the Reference Maternity located in Aracaju/Sergipe. Results: Were notified: 179 cases of congenital syphilis, during the period collection study. The average age among the pregnant was about 27,05 years old. Most of the pregnant weren't treated adequately. 98,8% of the babies used penicilina, as well as ceftriaxone. In conclusion, the number of the congenital syphilis is still considered in a high level, such fact reveals lack of diagnostic and control of the matern syphilis, which involves educational health actions, politics of prevention of sexual infection transmission, strenght attention conection as well as readiness treatment.

KEYWORDS: Congenital Syphilis. Public Health. Prenatal care. Epidemiological Monitoring.

SUMÁRIO

	Pág.
1 AGRADECIMENTOS.....	05
2 REVISÃO DA LITERATURA	10
2.1 ASPECTOS HISTÓRICOS	10
2.2 EPIDEMIOLOGIA.....	10
2.3 TRANSMISSÃO.....	12
2.4 MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS.....	13
2.5 DIAGNÓSTICO.....	14
2.6 TRATAMENTO.....	15
3 ARTIGO	16
4 REFERÊNCIAS	30
ANEXO A – NORMAS DA REVISTA	32

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 ASPECTOS HISTÓRICOS

Trata-se de uma doença milenar, com mais de 500 anos de existência, a sífilis disseminou-se no continente europeu a partir do final do século XV e, quatro séculos depois, ainda sem medidas efetivas de controle, era motivo de preocupação o crescimento dessa endemia durante o século XIX, no mundo. (GARCIA, 2009).

Na segunda metade do século XX, foi detectada uma tendência de queda na incidência de sífilis, nos Estados Unidos e na Europa. Entretanto, essa tendência foi interrompida, nos anos 90, com aumento nos casos notificados, possivelmente em associação com infecção pelo HIV, nos países desenvolvidos (GARCIA, 2009)

A sífilis, além de atingir o organismo como um todo, acometia igualmente homens e mulheres, e se manifestava em todas as idades. Poder de destruição quase ilimitado que expressava-se claramente na angustiada questão colocada em 1906 pelo médico-literato Cláudio de Souza: “Que praga conheceis vós, mais nefasta, mais aterradora do que esse flagelo, que não poupa o moço, não poupa o velho, que não poupa a mulher e que, sedento sempre, sobre a doce candidez do berço, sobre o lírio inocente que surge para a vida, sobre o berço da criança, que é o altar do amor materno e a esperança radiante da pátria, estende seu manto de luto?” (CARRARA, 1997).

Segundo Souza (1906a: 8), conforme citado por Carrara (1997, p.43) a sífilis era responsabilizada pela maior parte dos casos de aborto, por mais da metade dos casos de mortinatalidade e por 80% dos casos de debilidade congênita.

O agente etiológico da sífilis foi descoberto por Fritz Richard Schaudinn e Paul Erich Hoffman em 1905 e foi denominado *Spirochaeta pallida*. O primeiro teste sorológico para a doença tornou-se disponível em 1906, através de Wassermann, Neisser e Bruck, utilizando a técnica de fixação de complemento. O antígeno para sua reação foi preparado a partir do extrato hepático de um natimorto de mãe com sífilis (SARACENI et al, 2005).

2.2 EPIDEMIOLOGIA

No Brasil, mostra-se como um evento de alta magnitude e ainda apresenta indicadores desfavoráveis em termos do seu controle, gerando também a necessidade de prioridade política

para a sua abordagem. Nas ações de controle da sífilis congênita, o estabelecimento das ações de vigilância epidemiológica deve ser encarado como uma estratégia com vistas à análise e à interpretação dos dados representativos do contexto epidemiológico local. (TAYRA et al, 2007)

A sífilis afeta um milhão de gestantes por ano em todo mundo, levando a mais de 300 mil mortes fetais e neonatais e colocando em risco de morte prematura mais de 200 mil crianças. No Brasil, nos últimos cinco anos foram observados um aumento constante no número de casos de sífilis em gestantes, congênita e adquirida, que pode ser atribuído, em parte, pelo aumento da cobertura de testagem, com ampliação do uso de testes rápidos, redução do uso de preservativos, resistência dos profissionais de saúde à administração da penicilina na Atenção Básica, desabastecimento mundial de penicilina, entre outros. Além disso, o aprimoramento do sistema de vigilância pode se refletir no aumento de casos notificados. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

A incidência da sífilis congênita representa um importante indicador da qualidade da atenção materno-infantil e estima-se que a cada ano 12 mil recém-nascidos no Brasil apresente a doença. (SONDA et al, 2007).

De 1998 a junho de 2017, no Brasil, foram notificados no Sinan 159.890 casos de sífilis congênita em menores de um ano de idade, dos quais 70.558 (44,1%) eram residentes na região Sudeste, 49.585 (31%) no Nordeste, 17.257 (10,8%) no Sul, 13.625 (8,5%) no Norte e 8.865 (5,5%) no Centro-Oeste. Vale ressaltar que no ano de 2016, no Brasil, notificaram-se 20.474 casos, a maioria dos quais (41,5%) residia na Região Sudeste, seguidos pelo Nordeste (28,9%), Sul (15,4%), Norte (8,4%) e Centro-Oeste (5,8%). Desses 20.474 casos, ocorreram 185 óbitos. (MISTERIO DA SAÚDE, 2017).

De 2015 para 2016, houve incremento de 4,7% no número de notificações no Brasil. Além disso, existe um grande número de casos não notificados, sendo que são evidenciados 33.381 casos por 1.000 nascidos vivos de gestantes com a sífilis, e apenas 11,2 a taxa de detecção, conforme os Indicadores Básicos para a Saúde (IDB, 2015) da Rede Interagencial de Informações para Saúde (RIPSA).

No Brasil, em geral, nos últimos 10 anos, em especial a partir de 2010, houve um progressivo aumento na taxa de incidência de sífilis congênita: em 2006, a taxa observada era de 2,0 casos/1.000 nascidos vivos, e em 2016, a taxa observada foi maior que três vezes a taxa de 2006, passando para 6,8 casos/1.000 nascidos vivos. (MINISTERIO DA SAÚDE, 2017).

Em 2016, dez UF apresentaram taxas de incidência de sífilis congênita superiores à taxa nacional (6,8 casos/1.000 nascidos vivos), dentre eles, Sergipe com 8,8 casos/1.000 nascidos vivos. E, ao se compararem as taxas de detecção de sífilis em gestantes com taxas de incidência de sífilis congênita em cada uma das capitais, observa-se que Aracaju apresentou em 2016, taxas de detecção de sífilis congênita maiores do que as taxas de detecção de sífilis em gestantes, o que remete a possíveis lacunas do diagnóstico na gestação, notificação equivocada com sífilis adquirida e/ou do sistema de vigilância epidemiológica nessas cidades (MISTERIO DA SAÚDE, 2017).

2.3 TRANSMISSÃO

Sífilis, doença infectocontagiosa sistêmica causada por uma espiroqueta, o *Treponema pallidum*. É facilmente destruído por água, sabão e calor, não tendo contagiosidade elevada, sendo a chance de se adquirir a infecção por contato sexual com um infectado de uma em dez. Penetra a mucosa íntegra ou a pele lesionada e se dissemina pelo organismo. (AVELINO; PIMENTEL; GUSMÃO-FILHO, 2017).

A sífilis congênita decorre da transmissão materno-fetal por mãe gestante infectada, em qualquer fase da doença, com infecção ativa pela bactéria espiroqueta, gram negativa e microaerófila *Treponema pallidum* em qualquer estágio de doença materna. A via transplacentária é a mais comum e acontece em qualquer fase gestacional, sobretudo no terceiro trimestre, pois o fluxo placentário está mais desenvolvido (FEITOSA; ROCHA; COSTA, 2016).

Assim, quando a infecção acontece nos meses finais da gestação há uma tendência de haver diminuição da morbimortalidade, devido imunocompetência do feto que nesta fase está mais desenvolvido. Ocorre também que quando a infecção materna é muito recente, tem-se maior quantidade de bactérias espiroquetas na circulação sanguínea e, com isso, o risco de transmissão e gravidade é aumentado. Porém, a gravidade dos casos aponta para o declínio progressivo, após gestações subsequentes e sem tratamentos (FEITOSA et al, 2016).

E existe, ainda, a chance de contaminação direta do *T. pallidum* para o concepto, durante a passagem do canal de parto, uma vez que existam lesões genitais na gestante. Quanto ao aleitamento, a transmissão também é viável, desde que lesões mamárias estejam presentes. (BRASIL, 2006).

2.4 MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

Apresenta-se nas formas adquirida e congênita, sendo a congênita de notificação compulsória desde a divulgação da Portaria nº 542/1986, e a gestante, desde 2005. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

A sífilis congênita precoce costuma se manifestar nos dois primeiros anos de vida, porém é mais evidente até a quinta semana. As lesões de pele e mucosas, quando presentes, diferenciam a sífilis das outras infecções congênitas e correspondem à fase de secundarismo luético do adulto com a presença das sífilides. (AVELINO; PIMENTEL; GUSMÃO-FILHO, 2017).

Sabe-se que dois terços deles desenvolvem sintomas em 3 a 8 semanas e quase todos apresentam sintomas aos 3 meses de idade. (FEITOSA; ROCHA; COSTA, 2016).

Os sinais mais característicos da sífilis congênita precoce são: hidropsia fetal, lesões de mucosas: rinite serossanguinolenta, obstrução nasal, fissura orificial; lesões de pele: rágades na região nasogeniana, condiloma plano; lesões ósseas: osteíte ou osteocondrite, periostite e matafisite caracterizada pelo sinal de Weimberg, essas se manifestam por choro ao manuseio e pseudoparalisia de Parrot; hepatoesplenomegalia, icterícia e anemia grave. A cororretinite apresenta-se com aspecto de sal com pimenta (AVELINO; PIMENTEL; GUSMÃO-FILHO, 2017).

Quanto às manifestações clínicas, têm-se, em ordem decrescente de frequência: hepatoesplenomegalia, prematuridade, RCIU, lesões cutâneo-mucosas, como pênfigo palmoplantar, exantema maculopapular e rinite serossanguinolenta, lesões osseas (periostite, osteíte ou osteocondrite), adenomegalia generalizada, lesões pulmonares (pneumonia alba), lesões renais (síndrome nefrótica), edema/hidropsia, meningoencefalite assintomática e anemia (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

Os casos mais graves (sífilis congênita maior) tendem a aparecer já nos primeiros dias de vida, apresentando icterícia, anemia e lesão cutâneo-mucosas (AVELINO; PIMENTEL; GUSMÃO-FILHO, 2017).

A sífilis congênita tardia aparece geralmente após os dois primeiros anos de vida do infectado e corresponde ao terciarismo luético do adulto. Consiste em lesões típicas que formam os estigmas, que aparecem em consequência da substituição dos órgãos por tecido de granulação sífilítica. São eles secundários, a lesões de pele, cicatrizes nasolabiais das rágades na face; a lesões de mucosas, goma do véu do paladar; a lesões ósseas, fronte olímpica, nariz em sela,

maxila curta, palato em ogiva, molares em amora ou de Mozer, tibia em sabre, sinal de Higoumenakis, que é alargamento da clavícula e dentes de Hutchinson; a lesões de mucosas, lesões do sistema nervoso central: disfunção de nervos cranianos, meningite, convulsões, diminuição da audição, dificuldades no aprendizado, hidrocefalia, anormalidades oftalmológicas que podem ocasionar cegueira e retardo mental (AVELINO; PIMENTEL; GUSMÃO-FILHO, 2017).

2.5 DIAGNÓSTICO

O diagnóstico da sífilis congênita é dificultado pela transferência, materna de anticorpos da classe IgG (treponêmicos e não treponêmicos), que positivam os testes sorológicos utilizados no diagnóstico da sífilis, assim, o diagnóstico é realizado com base clínica e laboratorial (AVELINO; PIMENTEL; GUSMÃO-FILHO, 2017).

A Sífilis Congênita é considerada nas seguintes situações: todos os recém-nascidos de mães não tratadas ou inadequadamente tratadas; toda criança com VDRL positivo e uma alteração, tanto clínica, radiológica ou líquórica; VDRL maior ou igual a 4 vezes o título materno no parto; elevação da titulação de VDRL; RN com evidência laboratorial em material colhido de lesão, placenta ou cordão umbilical; morte fetal após 20 semanas ou com peso maior que 500 gramas cuja mãe sífilítica, foi incorretamente tratada ou não foi tratada; natimorto com sífilis (TAYRA et al., 2007).

O diagnóstico de neurosífilis é confirmado com VDRL positivo no LCR. Contudo, outros casos são considerados como neurosífilis: aumento de celularidade com predomínio linfocitário e/ou proteinorraquia elevada no LCR associado a VDRL sérico positivo; RN com diagnóstico de sífilis congênita, não sendo possível fazer punção lombar; ou filho de mãe soropositiva para sífilis e HIV (FEITOSA; ROCHA; COSTA, 2016).

E por ser uma doença infectocontagiosa de notificação compulsória, considerada evento sentinela da qualidade da assistência pré-natal e responsável por desfechos desfavoráveis como óbito fetal ou perinatal, prematuridade, baixo peso ao nascer, lesões neurológicas e outras sequelas, bem como importantes custos diretos e indiretos em saúde pública (FEITOSA; ROCHA; COSTA, 2016).

Em função disso, os critérios de definição de caso de sífilis adquirida, sífilis em gestantes e sífilis congênita foram revistos e constam na Nota Informativa Nº 2-SEI/2017-

DIAHV/SVS/MS. As principais mudanças foram realizadas em consonância com os critérios adotados pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e pela Organização Mundial de Saúde (OMS) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

Os casos de sífilis em gestantes poderão ser definidos em mulheres assintomáticas com apenas um teste reagente, sem registro de tratamento prévio e, em caso de dois testes reagentes, independente de tratamento prévio; em gestantes sintomáticas, a definição do caso poderá ser feita com apenas um teste, treponêmico (com qualquer titulação) ou não treponêmico. Para determinar os casos de sífilis congênita, não mais será levado em consideração o tratamento da parceria sexual da mãe, as titulações para teste não treponêmicos deverão ser feitas em pelo menos duas diluições e as amostras para evidência microbiológica poderão ser, também, de secreção nasal ou lesão cutânea (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

2.6 TRATAMENTO

As indicações para o tratamento do recém-nascido compreendem todos aqueles casos diagnosticados como sífilis confirmada ou provável, ou seja, inclui os neonatos com teste não treponêmico positivo e com achados clínicos e/ou laboratoriais e/ou radiológicos da doença e aqueles assintomáticos, cujo tratamento materno não foi feito ou documentado, não foi completo, não empregou penicilina ou, ainda, realizado nas quatro semanas anteriores ao parto (GUINSBURG; SANTOS, 2010).

Deve-se ainda tratar a criança assintomática quando os títulos maternos não caíram após tratamento adequado na gestação, se a mãe apresenta evidências de reinfecção ou caso o seguimento da criança não possa ser assegurado. Diante de mães com sífilis primária no terceiro trimestre da gestação e ainda soronegativas, indica-se tratar o recém-nascido. (GUINSBURG; SANTOS, 2010).

Todos os recém-nascidos com infecção confirmada ou suspeita devem ser adequadamente tratados e acompanhados. Utiliza-se penicilina cristalina como primeira escolha, podendo-se fazer uso de penicilina procaína se exame do líquido normal, visto que essa droga tem baixa penetração líquórica, ou penicilina benzatina, quando a infecção for pouco provável. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

Caso se interrompa o tratamento por mais de 24h, é preciso reiniciar o esquema. Deve-se instituir precauções-padrão de contato para todos os casos de sífilis congênita por até 24 horas após o início do tratamento com a penicilina. (GUINSBURG; SANTOS, 2010).

E para o rastreio e combate da sífilis congênita, o Brasil implementou o Plano Operacional para Redução da Transmissão Vertical do HIV e da Sífilis, publicado em 2007, o qual enfatiza as ações na atenção básica, estimulando a investigação de sífilis para gestantes através do teste VDRL (Venereal Disease Research Laboratory) no 1º e 3º trimestre (SONDA et al, 2013).

Em suma, para o ano de 2018, o DIAHV estará implantando projeto de resposta rápida a sífilis nas redes de atenção, que tem como objetivo reduzir à sífilis adquirida e em gestantes, e eliminar a sífilis congênita no Brasil mediante o fortalecimento da vigilância epidemiológica, gestão e governança, assistência, educação e comunicação, constituindo uma resposta integrada e colaborativa que articule os pontos de atenção à saúde, os setores sociais e a comunidade para fortalecer a resposta a esses agravos. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

Esta revisão remete as faces da sífilis congênita e do problema que tem sido a manutenção da alta prevalência em todo o mundo, do alto risco de transmissão vertical, do impacto do não tratamento e/ou do tratamento inadequado das gestantes, demonstra seus desfechos adversos, como sequelas, prematuridade, morte fetal e do recém-nascidos; a importância da notificação dos casos, visto que no Brasil, segundo o Ministério da Saúde a subnotificação de casos seja alta e, conseqüente acarretando elevada magnitude e impacto a Saúde Pública e a população de modo geral.

Além disso, segundo Domingues RMSM et al (2013), a sífilis congênita se associa a baixo nível de escolaridade, piores condições socioeconômicas, antecedentes de risco obstétrico, início tardio do acompanhamento pré-natal e número insuficiente de consultas, assim como ao manejo inadequado dos casos com perda de oportunidade tanto para o diagnóstico quanto para o tratamento, à ausência de aconselhamento, à falta tratamento do parceiro e ao tratamento inadequado dos casos diagnosticados.

3 ARTIGO

ARTIGO ORIGINAL

PERFIL CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICO DA SÍFILIS CONGÊNITA EM MATERNIDADE REFERÊNCIA DE SERGIPE, BRASIL

RESUMO:

Objetivo: Descrever o perfil clínico epidemiológico dos casos de sífilis congênita notificados na Maternidade Nossa Senhora de Lourdes, localizada em Aracaju/SE, no período de janeiro de 2016 a dezembro de 2017. *Métodos:* Trata-se de um estudo retrospectivo e descritivo acerca do perfil epidemiológico da sífilis congênita em Maternidade de Referência localizada em Aracaju/Sergipe. *Resultados:* Foram notificados 179 casos de sífilis congênita, no período estudado. A idade média entre as gestantes foi de 27,05 anos. Grande parte das gestantes não foram adequadamente tratadas. O tratamento utilizado 98,8% dos bebês foram as penicilinas, observamos também o uso de Ceftriaxona. Em conclusão, o número de casos de sífilis congênita ainda permanece elevado, tal fato revela falhas de diagnóstico e controle da sífilis materna, que envolve ações de educação em saúde, políticas de prevenção de infecções sexualmente transmissíveis, fortalecimento das redes de atenção e disponibilidade de tratamento.

Palavras-chave: Sífilis Congênita. Saúde Pública. Cuidado pré-natal. Vigilância Epidemiológica

ABSTRACT

Objective: The aim of this study is to describe the epidemiological clinical profile of the congenital syphilis cases that were notified at the Nossa Senhora of Lourdes Maternity, located in the city of Aracaju/Sergipe, from January 2016 to December 2017. *Methods:* The applied method was a retrospective and descriptive study about the congenital epidemiological profile at the Reference Maternity located in Aracaju/Sergipe. *Results:* Were notified: 179 cases of congenital syphilis, during the period collection study. The average age among the pregnant was about 27,05 years old. Most of the pregnant weren't treated adequately. 98,8% of the babies used penicilina, as well as ceftriaxone. In conclusion, the number of the congenital syphilis is still considered in a high level, such fact reveals lack of diagnostic and control of the

matern syphilis, which involves educational health actions, politics of prevention of sexual infection transmission, strength attention connection as well as readiness treatment.

KEYWORDS: Congenital Syphilis. Public Health. Prenatal care. Epidemiological Monitoring.

INTRODUÇÃO

A sífilis é uma doença infecciosa sistêmica, de causa bacteriana (*Treponema pallidum*), com transmissão predominantemente sexual. Caso não seja tratada, a doença pode evoluir para estágios que comprometem a pele e diversos outros órgãos, como coração, fígado e sistema nervoso. Em alguns países, como o Brasil, é considerada um dos principais problemas de saúde pública, similar a outras doenças infecciosas emergentes no país^{1,2}.

Sífilis congênita (SC) é resultante da disseminação hematogênica do *Treponema pallidum*, da gestante infectada que não foi tratada, ou foi inadequadamente tratada, para seu conceito, por via transplacentária. A transmissão pode ocorrer em qualquer fase do desenvolvimento embrionário ou estágio clínico da doença. É possível que ocorra transmissão direta no canal do parto, caso estejam presentes lesões genitais maternas. Havendo a transmissão, cerca de 40% dos casos podem evoluir para aborto espontâneo, natimorto ou óbito perinatal¹.

Trata-se de um agravo de saúde passível de eliminação, desde que a gestante infectada seja diagnosticada e tratada adequadamente antes ou durante a gestação. Em termos epidemiológicos, devemos lembrar que a sífilis congênita é considerada um importante indicador da qualidade da assistência pré-natal, sendo que sua ocorrência pode nos mostrar falhas nos serviços de atenção à saúde da gestante em relação ao diagnóstico, tratamento, investigação e notificação^{3,4}.

Quando a mulher adquire sífilis durante a gravidez, pode ocorrer uma infecção assintomática ou sintomática no recém-nascido. É muito importante a triagem sorológica na mãe, pois até 70% dos recém-nascidos infectados pelo *Treponema pallidum* são assintomáticos, apresentando os primeiros sintomas a partir do terceiro mês de vida⁵.

A apresentação clínica da sífilis congênita é dividida em: Precoce (até dois anos de vida) e tardia (após os dois anos de vida). O tratamento é realizado com Penicilina, conforme critérios definidos pelo Ministério da Saúde¹.

Sífilis congênita passou a ser uma doença de notificação compulsória por meio da portaria 542 de 22 de dezembro de 1986. Embora seja um agravo de notificação compulsória, ainda são poucas as informações sobre a sua incidência. Estatísticas oficiais de óbitos perinatais sugerem casos subnotificados^{6,7}.

Segundo Araújo et al. (2006), a medida mais eficaz para prevenir a sífilis congênita, consiste em realizar o rastreamento durante o pré-natal, com o teste *Veneral Disease Research Laboratory* – VDRL (teste não treponêmico) o mais precocemente possível, sendo repetido na 28ª e 38ª semanas de gestação. A sífilis materna não tratada pode levar a abortamento espontâneo, prematuridade, baixo peso ao nascimento, óbito fetal/neonatal, lesões e complicação relacionadas à sífilis congênita⁵.

O objetivo deste estudo foi analisar os casos de sífilis congênita notificados na Maternidade Nossa Senhora de Lourdes, localizada em Aracaju/SE, no período de janeiro de 2016 a dezembro de 2017, identificando pontos vulneráveis do programa de atenção ao pré-natal, da assistência ao parto e puerpério e da atenção à criança.

METODOLOGIA

O presente trabalho trata-se de um estudo retrospectivo descritivo acerca do perfil epidemiológico da sífilis congênita em Maternidade de Referência localizada em Aracaju/Sergipe. A Maternidade Nossa Senhora de Lourdes (MNSL) é uma unidade de alta complexidade, referência estadual, que atende, através do Sistema Único de Saúde (SUS), as gestantes de alto risco. Em 2016, realizou em média cerca de 510 partos mensais, sendo que destes 53,4% foram procedimentos de cesariana e 46,6% foram partos normais⁸.

A população do estudo foi composta por todos os casos de sífilis congênita notificados no Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN) nascidos na MNSL, no período de janeiro de 2016 a dezembro de 2017. Da ficha de notificação foram coletadas as variáveis maternas (idade, procedência, diagnóstico de sífilis durante a gravidez, realização de tratamento para sífilis, teste não treponêmico no parto) e do recém-nascido (teste não treponêmico em sangue periférico, teste não treponêmico em Líquor, alteração radiológicas, manifestações clínicas e esquema de tratamento realizado). O teste não treponêmico utilizado foi o VDRL (*Veneral Disease Research Laboratory*).

Critérios para inclusão de caso: “Todo recém-nascido, natimorto ou aborto de mulher com sífilis sem tratamento, ou não tratada de forma adequada. Considerando o tratamento adequado, aquele adotado de acordo com o estágio da sífilis, com Penicilina G Benzatina sendo finalizado em até 30 dias antes do parto. Para fins de definição de caso de sífilis congênita, não é mais considerado o tratamento da parceria sexual da mãe”⁹.

Os resultados foram descritos em porcentagem e por números absolutos, expostos através de tabelas e gráficos, baseando-se na ficha de notificação do SINAN-SC estudada. Eles serão discutidos, a partir do conhecimento prévio e visão crítica sobre o tema, além do referencial teórico explicitado, visando atingir os objetivos propostos.

As tabelas foram construídas utilizando-se o programa Excel software Microsoft Office 2010.

Quanto aos aspectos éticos, o presente estudo não necessitou de autorização do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP), visto que os dados foram exclusivamente de livre acesso, em consonância com os preceitos éticos previamente estabelecidos pela Resolução do Conselho Nacional de (CNS) nº 466, de 12 de dezembro de 2012, que trata de pesquisas envolvendo seres humanos.

RESULTADOS

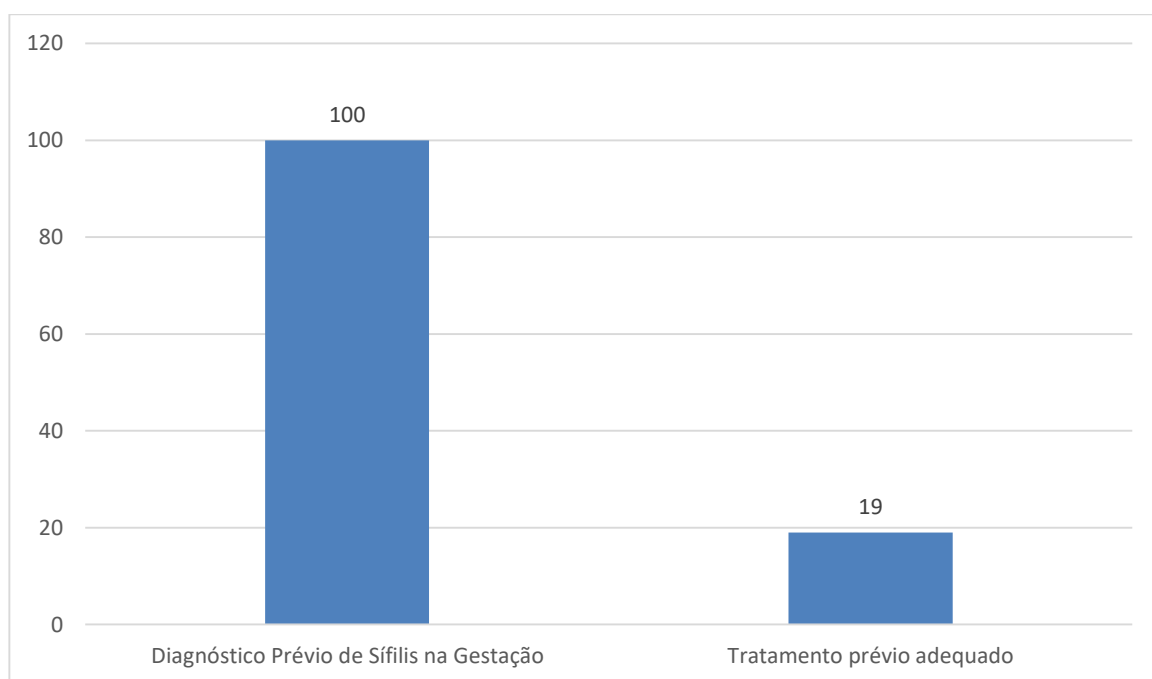
Foram notificados 179 casos de sífilis congênita na Maternidade Nossa Senhora de Lourdes (MNSL), de janeiro de 2016 a dezembro de 2017. Do total de casos notificados, 41,9% ocorreram em 2016 e 58,1% no ano de 2017 (Tabela 1). No centro de referência do presente estudo, em 2016 foram registrados 6.115 nascimentos, ocasionando uma prevalência de 12,16 casos de Sífilis Congênita por mil nascidos vivos¹⁰.

Tabela 1- Casos notificados (N) por ano entre 2016 e 2017.

Ano de Notificação	N	%
2016	75	41,9%
2017	104	58,1%
TOTAL	179	100%

Fonte: SINAN-SC (MNSL)

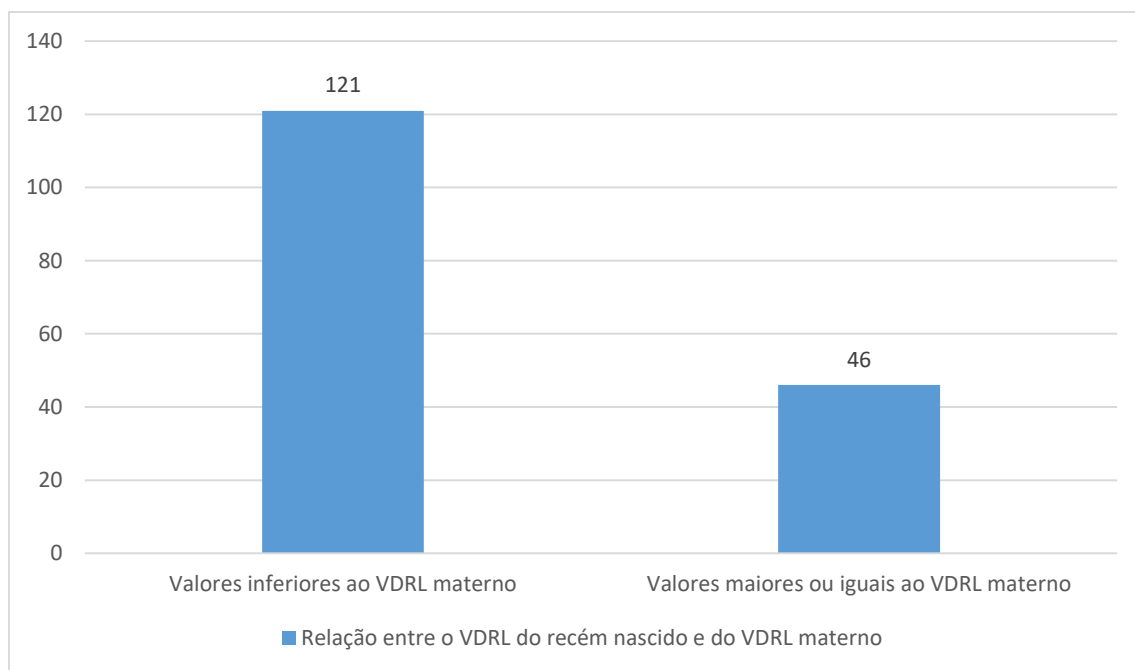
A idade média entre as gestantes estudadas foi de 27,05 anos, com predomínio da faixa etária entre 20 e 29 anos. Quanto a procedência, 55 gestantes eram provenientes de Aracaju/SE, 34 gestantes procedentes da região metropolitana, 84 pacientes residiam no interior do estado e 6 mulheres possuíam residência no estado da Bahia. No que diz respeito ao diagnóstico de Sífilis prévio, 55,86% das gestantes haviam realizado diagnóstico anterior durante o pré-natal e 43,01% obtiveram diagnóstico no momento da admissão na maternidade. Quanto ao tratamento realizado, 77,65% das gestantes não foram adequadamente tratadas, 10,61% não iniciaram tratamento e 10,61% foram tratadas adequadamente (Figura 1).



Fonte: Sistema de Informação e Agravos de Notificação (Sinan).

Fig. 1- Perfil das Gestantes quanto ao diagnóstico prévio de sífilis e realização de adequado.

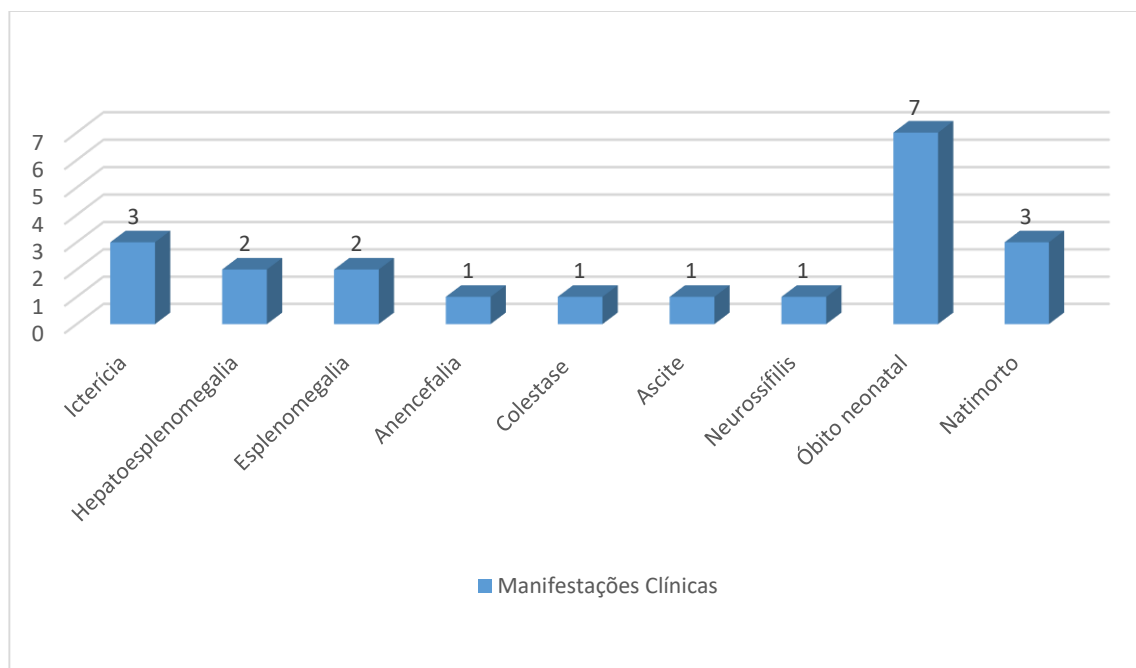
De acordo com a figura 2, comparando os valores apresentados do VDRL do recém-nascido em relação ao VDRL materno, foi visto que 67,59% dos recém-nascidos apresentaram valores inferiores aos das mães, 25,69% apresentaram valores maiores do que o de suas genitoras.



Fonte: Sistema de Informação e Agravos de Notificação (Sinan).

Fig. 2- Relação entre o VDRL do recém-nascido e o VDRL materno

Analisando os valores do VDRL no líquido cefalorraquidiano dos bebês nascidos neste período, 72,1% realizaram o teste, desses, 1,5% foi reagente.



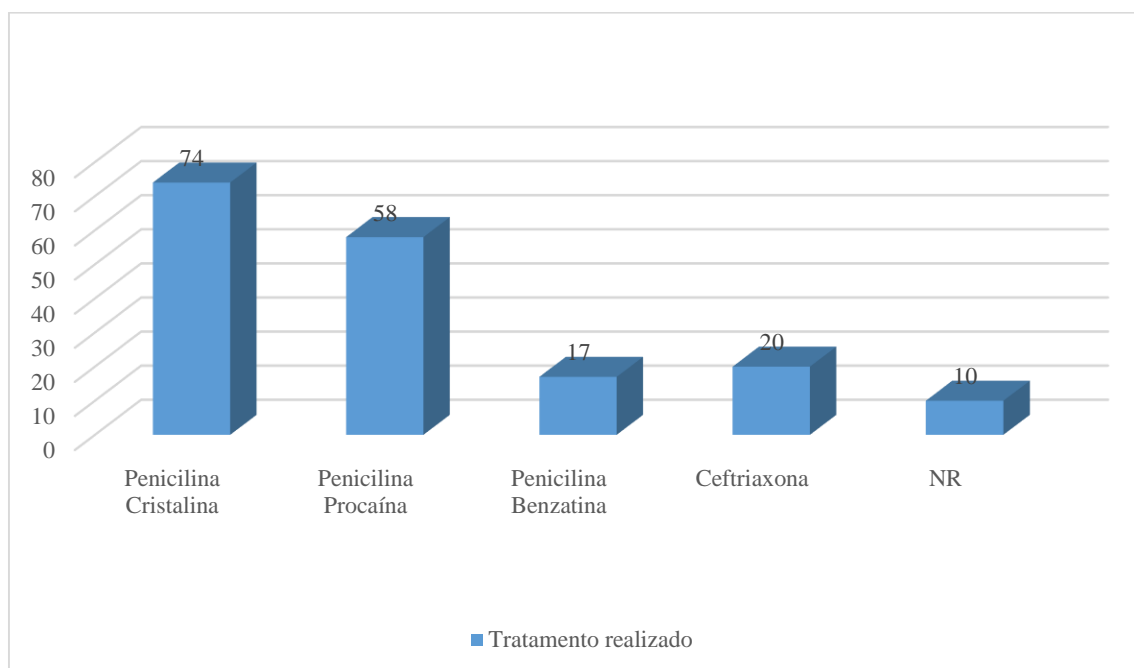
Fonte: Sistema de Informação e Agravos de Notificação (Sinan).

Fig. 3 - Manifestações clínicas apresentadas pelos recém-nascidos com Sífilis Congênita.

Analisando a figura 3, nota-se que 21 pacientes da amostra (11,7% do total) apresentaram manifestações da sífilis congênita. Desses, 07 (33,33%) evoluíram para óbito e 03 foram natimortos (14,28%). Dentre as manifestações clínicas encontradas, 3 pacientes (14,28%) apresentaram icterícia, 2 pacientes (9,52%) apresentaram hepatoesplenomegalia, 2 pacientes (9,52%) tiveram apenas esplenomegalia, 1 (4,76%) apresentou anencefalia, 1 (4,76%) manifestou colestase, 1 (4,76%) teve ascite e 1 foi diagnosticado com neurosífilis (4,76%).

Foram realizados exames radiológicos em 149 recém-nascidos, desses, 98,66% não apresentaram manifestações radiológicas.

Existem algumas formas de tratamento possíveis para a Sífilis congênita, a depender da realização adequada do tratamento materno, e/ou manifestações clínicas do recém-nascido, sendo as Penicilinas Cristalina e Procaína as drogas de escolha. A figura 4 apresenta as modalidades de tratamento adotados pela maternidade no ato da internação do recém-nascido.



Fonte: Sistema de Informação e Agravos de Notificação (Sinan).

Fig.4 - Tratamento adotado nos casos de sífilis congênita na Maternidade Nossa Senhora de Lourdes, em Aracaju/Sergipe.

DISCUSSÃO

O presente estudo revelou aumento dos casos de sífilis congênita entre os anos de 2016 e 2017. Sergipe apresenta 8,8 casos de sífilis congênita para cada 1.000 nascidos vivos, com maior número de casos concentrados na capital. No presente estudo, a taxa de prevalência, na maternidade Nossa Senhora de Lourdes, foi de 12,26 casos por mil nascidos vivos^{8,11}.

Nos últimos cinco anos, a elevação da taxa de incidência de sífilis congênita e as taxas de detecção de sífilis em gestantes por mil nascidos vivos aumentaram cerca de três vezes no Brasil, passando de 2,4 para 6,8 e de 3,5 para 12,4 casos por mil nascidos vivos, respectivamente. Vários fatores influenciam para o aumento do número de casos, dentre eles: a negligência das mães, a ausência de profissionais em Unidades Básicas de Saúde, atraso do diagnóstico, longo tempo de espera para os resultados de VDRL, moradias afastadas ou de difícil acesso, desabastecimento mundial de penicilina, além de melhor cobertura dos testes sorológicos, ampliação do uso de testes rápidos durante o pré-parto e aprimoramento do sistema de vigilância^{9,11,12}.

A maioria das gestantes pesquisadas tinha entre 20 e 29 anos, período reprodutivo da mulher. As mulheres jovens estão mais susceptíveis a adquirir a infecção, devido a maior atividade sexual. O comportamento sexual, como a falta de preservativos e múltiplos parceiros, pode aumentar a propensão a doenças sexualmente transmissíveis (IST)^{13,14,15}.

A maioria das gestantes do estudo, 46,92% (n=84), foi procedente do interior do estado de Sergipe. O elevado número de casos de sífilis em gestantes neste grupo questiona a qualidade da assistência do pré-natal ofertada na rede pública fora dos grandes centros, mesmo com protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde para o controle, diagnóstico e tratamento precoce desta doença¹⁶.

O pré-natal tem como principal objetivo cuidar e preservar a saúde da gestante e do feto, o diagnóstico tardio da sífilis materna impede o seu tratamento adequado aumentando os casos de sífilis congênita. A única forma de prevenção da sífilis congênita é o tratamento da sífilis materna. Assim, o tratamento adequado de apenas 10,61% (19/179) das gestantes revela falhas importantes no processo de controle da doença. Conforme apresentado no Boletim Epidemiológico, em 2016, dez estados apresentaram taxas de incidência de sífilis congênita superiores à taxa nacional (6,8 casos/1.000 nascidos vivos): Rio Grande do Sul (12,5 casos/1.000 nascidos vivos), Rio de Janeiro (11,8 casos/1.000 nascidos vivos), Espírito Santo (10,4

casos/1.000 nascidos vivos), Pernambuco (10,4 casos/1.000 nascidos vivos), Tocantis (9,9casos/1.000 nascidos vivos), Ceará (8,6 casos/1.000 nascidos vivos), Mato Grosso do Sul (8,3 casos/1.000 nascidos vivos), Piauí (7,5 casos/1.000 nascidos vivos), Rio Grande do Norte (7,1 casos/1.000 nascidos vivos). Essa incidência reflete inadequação da assistência pré-natal do país, e faz do Brasil uns dos 15 países prioritários do mundo para eliminação da sífilis congênita, mesmo após ter introduzido a Política de Humanização no atendimento ao pré-natal há mais de 8 anos^{11,13,17}.

Conforme apresentado, observa-se que o estado com maior incidência é Rio Grande do Sul, seguido pelo estado do Rio de Janeiro, o que demonstra que, embora sejam mais desenvolvidos economicamente em detrimento dos outros estados, ainda necessitam implementar melhor a sua política de assistência à saúde das gestantes. Observa-se ainda, que tanto os estados ricos como estados pobres do país possuem elevada incidência, mostrando que há uma urgência em nível de nacional para melhorar a qualidade de assistência pré-natal^{11,18}.

A sífilis congênita é reflexo do perfil de saúde de um país em desenvolvimento, pois os fatores de riscos associados a sífilis enquanto infecção sexualmente transmissível, já foram reportados neste, e no caso em estudo além dos fatores já mencionados, o principal fator é ausência de assistência durante o pré-natal ou pré-natal inadequado. Sendo assim, constata-se a importância de se fortalecer o Programa de Assistência pré-natal no país e também as ações exigidas à nível de Ministério da Saúde para que a transmissão vertical da sífilis seja exterminada¹⁸.

Foi visto que 88.8% (121/179) dos recém-nascidos obtiveram VDRL menor que o da sua genitora, 7,8% (13/179) apresentaram alterações clínicas e 6,14% (11/179) obteve como desfecho o óbito neonatal. Quando a mulher adquire sífilis durante a gravidez e não é tratada, os sobreviventes podem ser assintomáticos em mais de 50% dos casos, os primeiros sintomas geralmente aparecem após os primeiros três meses de vida e a probabilidade de morte do concepto é de 40 a 50%¹⁹.

Existem duas possibilidades para a ocorrência de sífilis congênita. Na primeira, a mulher já tem sífilis e engravida e na segunda, a mulher grávida se infecta com a espiroqueta. Dessa forma, existiria um espectro variável de desfechos possíveis, de acordo com o período da gestação, do estágio da infecção materna e do sistema imune fetal. Crianças concebidas nos estágios mais tardios da doença materna ou cuja transmissão ocorreu no terceiro trimestre são

menos afetadas. A taxa de transmissão é cerca de 40% na fase latente precoce e de 10% na fase latente tardia^{20,25}.

Vale ressaltar que o percentual do número de casos encontrados com diagnóstico de natimorto sífilítico e óbito por sífilis foram equivalentes aos encontrados na literatura, cuja média varia de 40 a 50% de mortalidade dos fetos infectados¹⁹.

A neurosífilis é uma complicação temida da sífilis congênita, a meningite sífilítica pode causar alterações sensitivas como no *tabes dorsallis*, além de propiciar déficit de memória, alteração de fala e personalidade, sintomas psicóticos e demência progressiva. Resultados não reagentes de VDRL no líquido não descartam a possibilidade de comprometimento do sistema nervoso central. Além disso, é frequente a manifestação tardia da neurosífilis, destacando o papel da epidemiologia, da clínica e das evidências sorológicas no diagnóstico do recém-nascido^{21,22}.

A ocorrência de alteração no líquido cefalorraquidiano (LCR) é muito mais frequente nas crianças sintomáticas com outras evidências de sífilis congênita do que em casos assintomáticos, apesar de infectados. Nesse sentido, a sensibilidade da avaliação do LCR é menor em crianças assintomáticas. Assim, o baixo número de recém-nascidos com VDRL no líquido reagente (1,5%) pode ser subestimado^{21,12}.

A radiografia dos ossos longos faz parte do diagnóstico de sífilis congênita, tendo como alterações mais frequentes a periostite, osteomielite e osteocondrite. Em nosso estudo foram realizados exames radiológicos em 149 recém-nascidos, representando 83,2% do total. Apenas dois pacientes apresentaram alterações radiológicas compatíveis com sífilis congênita, ambos assintomáticos. O índice de alteração foi de 1,26%, valor bem inferior ao encontrado na literatura na qual a radiografia dos ossos longos foi anormal em 20% dos RN assintomáticos com sorologia perinatal positiva^{23,24}.

Para o manejo clínico da sífilis congênita, as penicilinas cristalina, procaína e G benzatina são as drogas de escolha. A maioria dos pacientes do presente estudo (98,8%) foi tratada com o uso das penicilinas e o restante dos recém-nascidos foi tratado com Ceftriaxona (1,2%). Na indisponibilidade dos penicilínicos, a Ceftriaxona é uma opção terapêutica. A eficácia do tratamento feito com a cefalosporina de terceira geração é considerada insuficiente, o recém-nascido tratado com esta droga deverá receber acompanhamento em intervalos

menores, além de avaliações posteriores quanto a necessidade de novo tratamento, devido a possibilidade de falha terapêutica²⁵.

A utilização de dados secundários e a dependência de um adequado preenchimento da ficha do SINAN-Sífilis Congênita são limitações deste estudo, podendo haver subestimação dos dados.

Em conclusão, número de casos de sífilis congênita ainda permanece alto, mesmo com protocolos estabelecidos e tratamento eficaz disponível pelo Sistema Único de Saúde. Tal fato pode revelar falhas de diagnóstico precoce e controle da sífilis na gestação que envolve ações de educação em saúde, políticas de prevenção de infecções sexualmente transmissíveis, fortalecimento das redes de atenção às gestantes e ampla disponibilidade de tratamento. A sífilis congênita é uma doença passível de erradicação e seu curso revela taxas relevantes de morbimortalidade, sobretudo quando não identificada precocemente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. SES. Secretaria de Estado da Saúde. Sífilis congênita e sífilis na gestação. São Paulo: Revista Saúde Pública, 2008; 42 (4):768-72.
2. OLIVEIRA, V. M.; VERDASCA, I. C.; MONTEIRO, M. C. Detecção de sífilis por ensaios de ELISA e VDRL em doadores de sangue do Hemonúcleo de Guarapuava, Estado do Paraná. Rev. Soc. Bras. Med. Trop., Brasília, v. 41, n. 4, p. 428-430, jul./ago. 2008.
3. SARACENI, V.; LEAL, M. C. Avaliação da efetividade das campanhas para eliminação da sífilis congênita na redução da morbi-mortalidade perinatal: Município do Rio de Janeiro, 1999-2000. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.19, n.5, p. 1341-1349, set./out. 2003.
4. LAFETÁ, Katia R. G; JÚNIOR, Hercílio M; et al; Sífilis materna e congênita, subnotificação e difícil controle. Revista Brasileira de Epidemiologia, 2016; 19(1): 63-74.
5. ARAUJO, E. C. et al. Importância do pré-natal na prevenção da sífilis congênita. Revista Paraense de Medicina, Belém, v. 20, n. 1, p.47-51, mar. 2006.
6. BRASIL. Portaria n. 542 de 22 de dezembro de 1986. Inclui na relação constante da Portaria Ministerial 608/BSB, de 28 de outubro de 1979, a Síndrome de Imunodeficiência Adquirida SIDA/AIDS e a sífilis congênita e os casos confirmados de AIDS e sífilis congênita deverão

ser obrigatoriamente notificados às autoridades sanitárias. (Ementa elaborada pelo CD/MS). Diário Oficial da União, Brasília, 24 de dez. 1986. Seção 1, p. 19827.

7. DONALÍSIO, MR; FREIRE, JB; MENDES, ET. Investigação da sífilis congênita na microrregião de Sumaré, Estado de São Paulo, Brasil – desvelando a fragilidade do cuidado à mulher gestante e ao recém-nascido. Epidemiol Serv Saúde 2007; 16:165-73.
8. SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE, SERGIPE. Disponível em: <<http://saude.se.gov.br/index.php/2017/01/05/maternidade-nossa-senhora-de-lourdes-registrou-mais-de-6-mil-partos-no-ano-passado/>>. Acesso em 02 de junho de 2018.
9. BRASIL, Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico-Sífilis, Secretaria de Vigilância em Saúde, 2017. ISSN 2358-9450. Disponível em: <<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/novembro/13/BE-2017-038-Boletim-Sifilis-11-2017-publicacao-.pdf>>. Acesso em 21 de novembro de 2017
10. SINASC - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/pnvse.def>>. Acesso em 06 de junho de 2018.
11. BRASIL, Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico-Sífilis, Secretaria de Vigilância em Saúde, 2017. ISSN 2358-9450. Disponível em: <<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/novembro/13/BE-2017-038-Boletim-Sifilis-11-2017-publicacao-.pdf>>. Acesso em 21 de novembro de 2017.
12. CARDOSO, ARP et al. Análise dos casos de sífilis gestacional e congênita nos anos de 2008 a 2010 em Fortaleza, Ceará, Brasil. Ciência & Saúde Coletiva, 2018. 23 (2):563-574
13. PIRES et al. Ocorrência de sífilis congênita e os principais fatores relacionados aos índices de transmissão da doença no Brasil da atualidade. Revisão de literatura. Revista UNINGÁ Review. v. 19, n.1, Jul/Set, 2014. P. 58-64. ISSN online 2178-2571
14. SILVA, LCVG et al. Perfil dos casos de sífilis congênita em um município do sul de Mato Grosso. Journal Health NPEPS. 2017; 2 (2):380-390. ISSN 2526-1010
15. ALVES, WA et al., Sífilis Congênita: Epidemiologia dos Casos Notificados em Alagoas, Brasil, 2007 a 2011. Artigo original. Revista. Portuguesa.: Saúde e Sociedade. 2016; 1 (1):27-41.

16. GONÇALVES, J et al. Perfil epidemiológico dos casos de sífilis congênita de um Hospital Universitário – 2004 a 2008. Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde, 2011; vol. 13, n.2, p.49-55. Disponível em: < <http://periodicos.ufes.br/RBPS/article/view/1602>> Acesso em 27 maio 2018
17. MAGALHÃES, D. M. S. Sífilis materna e congênita: ainda um desafio. Cadernos de Saúde Pública, v.29, n.06 p. 1109-1120, 2013.
18. CAZARIN, K. T. L; MACIEL, M. E. D. Incidência de Sífilis Congênita no Brasil. Revista Saúde e Desenvolvimento, vol. 12, n.10, 2018. ISSN: 2316-2864. Disponível em<<https://www.uninter.com/revistasauade/index.php/saudeDesenvolvimento/article/view/875/504>> Acesso em 28 de junho de 2018.
19. AVELINO, Mariza. M.; PIMENTEL, Analiria M.; GUSMÃO-FILHO, Fernando A. R: Doenças sexualmente transmissíveis. In: 2017; BURNS, Dennis Alexander Rabelo , et al (organizadores.). Tratado de Pediatria: Sociedade Brasileira de Pediatria, ed. 4, Barueri, São Paulo: Manole, 2017; p. 1008-1009;1011.
20. PRIMO, C. C.; SILVA, B. M.; RICHA, B. F. C. Sífilis congênita: perfil epidemiológico de um município do Espírito Santo, Brasil. REME-Revista Mineira de Enfermagem.; II (3): 285-290, jul/set, 2007.
21. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST/AIDS. Diretrizes para controle da sífilis congênita: manual de bolso / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST/Aids. – 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006.
22. SANTOS, Hilda Maria PA et al. A Importância de Incluir Neurosífilis no Diagnóstico Diferencial de Pacientes com Déficit Cognitivo e Alterações do Comportamento. DST – J bras Doenças Sex Transm 2010; 22(3).
23. CAVALCANTE, P. A. M.; PEREIRA, R. B. L.; CASTRO, J. G. D. Sífilis gestacional e congênita em Palmas, Tocantins, 2007-2014. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, vol.26, n.2, p.255-264, abr-jun 2017. doi: 10.5123/S1679-49742017000200003.
24. MOREIRA-SILVA et al. Alterações Ósseas em Lactentes com Sífilis Congênita. DST- J bras Doenças Sex. Transm. 2009: 21(4): 175-178 - ISSN: 0103-4065- ISSN on-line: 2177-8264.
25. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis, 2015.

26. SARACENI, Valeria. A sífilis, a gravidez e a sífilis congênita. 2005. Disponível em <http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/123737/DLFE1816.pdf/vig_sifilis_e_gravidez.pdf> Acesso em: 05 jun. 2018.

4 REFERÊNCIAS

1. AVELINO, Mariza. M.; PIMENTEL, Analiria M.; GUSMÃO-FILHO, Fernando A. R: Doenças sexualmente transmissíveis. In: 2017; BURNS, Dennis Alexander Rabelo , et al (organizadores.). Tratado de Pediatria: Sociedade Brasileira de Pediatria, ed. 4, Barueri, São Paulo: Manole, 2017; p. 1008-1009;1011.
2. BRASIL, Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico-Sífilis, Secretaria de Vigilância em Saúde, 2017. ISSN 2358-9450. Disponível em:<<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/novembro/13/BE-2017-038-Boletim-Sifilis-11-2017-publicacao-.pdf>>. Acesso em 21 de novembro de 2017.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção à saúde do recém-nascido : guia para os profissionais de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 2. ed. atual. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. Protocolo para a prevenção de transmissão vertical de HIV e sífilis / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e AIDS. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
5. CARRARA, S. Tributo a vênus: a luta contra a sífilis no Brasil, da passagem do século aos anos 40[online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1996. 339 p. ISBN: 85-85676-28-0. Available from Scielo Books <<http://books.scielo.org>>. Acesso em: 01 de maio de 2018.
6. FEITOSA, J. A. S., ROCHA, C. H. R., COSTA, F. S. Artigo de Revisão: Sífilis Congênita. Revista de Medicina e Saúde de Brasília, v. 5, n.2, mai./ago. 2016. Disponível em:<<https://bdtd.ucb.br/index.php/rmsbr/article/viem/6749>>. Acesso em: 19 nov. 2017.

7. GARCIA, Fernanda Lopes Brito. Prevalência de sífilis em adolescentes e jovens do sexo feminino no estado de Goiás. 2009. 78p. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública, Universidade Federal de Goiás, 2009.
8. GUINSBURG, Ruth. Critérios diagnósticos e tratamento da sífilis congênita. Documento Científico- Departamento de Neonatologia, Sociedade Brasileira de Pediatria, São Paulo, dez. 2010. Disponível em: <http://www.sbp.com.br/pdfs/tratamento_sifilis.pdf.> Acesso em: 20 nov. 2017.
9. SARACENI, V et al. Avaliação de campanha de saúde com ênfase na sífilis congênita: uma revisão sistemática. Rev. Bras. Saúde Materno Infantil. Recife, 5 (3): 263-273, Jul./Set., 2005
10. SONDA, Eduardo C; RICHTER, Felipe F. et al; Sífilis Congênita: uma revisão de literatura. Revista Epidemiologia e Controle de Infecção. 2013;3(1):28-30.

ANEXO A – NORMAS DA REVISTA - EPIDEMIOLOGIA E SERVIÇOS DE SAÚDE

Formato dos manuscritos: Serão acolhidos manuscritos redigidos em língua portuguesa. O trabalho deverá ser digitado em espaço duplo, utilizando fonte Times New Roman 12, no formato RTF (Rich Text Format) ou DOC (Documento do Word), em folha de tamanho A4, com margens de 3cm. Não são aceitas notas de rodapé. Cada manuscrito, obrigatoriamente, deverá conter:

Folha de rosto:

- a) modalidade do manuscrito;
- b) título do manuscrito, em português, inglês e espanhol;
- c) título resumido em português, para referência no cabeçalho das páginas;
- d) nome, instituição de afiliação, unidade ou departamento (até três níveis, com somente uma instituição por autor), cidade, estado, país, ORCID iD e *e-mail* de cada um dos autores;
- e) nome do autor correspondente, endereço completo, *e-mail* e telefone;
- f) paginação e número máximo de palavras nos resumos e no texto;
- g) informação sobre trabalho acadêmico (trabalho de conclusão de curso, monografia, dissertação ou tese) que originou o manuscrito, nomeando o autor, tipo e título do trabalho ano de defesa e instituição, se pertinente; e
- h) créditos a órgãos financiadores da pesquisa, incluindo número do processo), se pertinente.

Resumo

Deverá ser redigido em parágrafo único, contendo até 150 palavras, estruturado com as seguintes seções: Objetivo, Métodos, Resultados e Conclusão. Para a modalidade relato de experiência, o resumo deverá ser redigido em parágrafo único, contendo até 150 palavras, não necessariamente em formato estruturado.

Palavras-chave

Deverão ser selecionadas quatro a seis, impreterivelmente a partir da lista de Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), vocabulário estruturado pelo Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde, também conhecido pelo nome original de Biblioteca Regional de Medicina (BIREME). Os DeCS foram criados para padronizar uma linguagem única de indexação e recuperação de documentos científicos (disponíveis em: <http://decs.bvs.br>).

Abstract

Versão fidedigna do Resumo, redigida em inglês, contendo as seguintes seções: *Objective, Methods, Results e Conclusion*.

Keywords

Versão em inglês das mesmas palavras-chave selecionadas a partir dos DeCS.

Resumen

Versão em espanhol do Resumo, contendo as seguintes seções: *Objetivos, Métodos, Resultados e Conclusión*.

Palabras-clave

Versão em espanhol das mesmas palavras-chave selecionadas a partir dos DeCS.

Texto completo: O texto de manuscritos nas modalidades de artigo original e nota de pesquisa deverão apresentar, impreterivelmente, as seguintes seções, nesta ordem: Introdução, Métodos, Resultados, Discussão, Contribuição dos Autores e Referências. Tabelas e figuras deverão ser referidas nos Resultados e apresentadas ao final do artigo, quando possível, ou em arquivo separado (em formato editável).

Definições e conteúdos das seções:

Introdução – deverá apresentar o problema gerador da questão de pesquisa, a justificativa e o objetivo do estudo, nesta ordem.

Métodos – deverá conter a descrição do desenho do estudo, da população estudada, dos métodos empregados, incluindo, quando pertinente, o cálculo do tamanho da amostra, a amostragem, os procedimentos de coleta dos dados, as variáveis estudadas com suas respectivas categorias, os procedimentos de processamento e análise dos dados; quando se tratar de estudo envolvendo seres humanos ou animais, devem estar contempladas as considerações éticas pertinentes (ver seção Ética na pesquisa envolvendo seres humanos).

Resultados – síntese dos resultados encontrados: é desejável incluir tabelas e figuras autoexplicativas (ver o item Tabelas e figuras destas Instruções).

Discussão –comentários sobre os resultados, suas implicações e limitações; confrontação do estudo com outras publicações e literatura científica de relevância para o tema O último parágrafo da seção deverá conter as conclusões e implicações dos resultados para os serviços ou políticas de saúde.

Agradecimentos –vêm após a discussão; devem ser nominais e limitar-se ao mínimo indispensável.

Contribuição dos autores – parágrafo descritivo da contribuição específica de cada um dos autores.

Referências –para a citação das referências no texto, deve-se utilizar o sistema numérico; os números devem ser grafados em sobrescrito, sem parênteses, imediatamente após a passagem do texto em que é feita a citação, separados entre si por vírgulas; em caso de números sequenciais de referências, separá-los por um hífen, enumerando apenas a primeira e a última referência do intervalo sequencial de citação (exemplo: 7,10-16. As referências deverão ser listadas segundo a ordem de citação no texto, após a seção Contribuição dos autores Em cada referência, deve-se listar até os seis primeiros autores, seguidos da expressão “et al.” para os demais; os títulos de periódicos deverão ser grafados de forma abreviada; títulos de livros e nomes de editoras deverão constar por extenso; as citações são limitadas a 30; para artigos de revisão sistemática e metanálise, não há limite de citações, e o manuscrito fica condicionado ao limite de palavras definidas nestas Instruções; o formato das Referências deverá seguir os *Recomendações para elaboração, redação, edição e publicação de trabalhos acadêmicos em periódicos médicos*, do ICMJE (disponíveis em: <http://www.icmje.org/>), com adaptações definidas pelos editores.